

Please PRINT LEGIBLY and fill out the form COMPLETELY



Rider Registration Form

For Office Use Only:

Date _____ PVTA Rider ID# _____ Service: GA NF CL SD
MM/DD/YY
Photo I.D. Attached? Nature of Disability: Mob/Erail W/C COG Vision Other

Name _____
First Middle Last

Address _____
Number Street Unit E-mail

City _____ Zip _____ Dist. _____ Phone _____

Date of Birth _____ Male Female Do you have a disability: Yes No
MM/DD/YY

Please describe your disability _____

Do you utilize a mobility device? Wheelchair Walker Scooter Cane Other

Who should we contact in case of an emergency?

Name _____ Phone _____

Do you feel you are able to ride Get About without assistance? Yes No

Do you have reasons to travel outside the Get About 4 City service area?
(Claremont, La Verne, Pomona, San Dimas) Yes No

If I am a minor, person under the age of 18, my parent or guardian has read and understood the information above and gives consent to the City for Claremont and Pomona Valley Transportation Authority to obtain my personal information as provided in this application for transit services.

Signature of parent or guardian _____ Date _____

Name of Parent or Guardian _____

Please Print

The personal information collected from this registration form will be used only for its intended purpose and will be stored in accordance with federal and state law. Information will not be sold or shared with outside parties.

Por favor ESCRIBA LEGIBLEMENTE y llene el formulario COMPLETAMENTE



Formulario de Registro

Para uso de la oficina:

Fecha _____ PVTA ID# _____ Servicio: GA NF CL SD
MM/DD/YY
Fotografía ID? _____ naturaleza de la discapacidad: Mob/Frail W/C COG Vision Other

Nombre _____
Primer Nombre Apellido

Direccion _____
Numero Calle Unit/Apt E-mail

Ciudad _____Codigo _____Dist. _____Numero de telefono _____

Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenina Tiene alguna discapacidad: Yes No
MM/DD/YY

Por favor describa su discapacidad _____

¿Utiliza un dispositivo de movilidad?? Silla de Rueda Caminador Scooter Baston Otro

¿A quién contactamos en caso de emergencia?
Nombre _____ Numero de Telefono _____

¿Siente que puede viajar en Get About sin ayuda? Si No

¿Tiene motivos para viajar fuera del área de servicio de Get About?
(Claremont, La Verne, Pomona, San Dimas) Si No

Si es menor de edad, una persona menor de 18 años, su padre o guardian tiene que leer y entender la información anterior y da su consentimiento a la Ciudad de Claremont y la Autoridad de Transporte del Valle de Pomona para obtener mi información personal según lo dispuesto en esta solicitud para los servicios de tránsito. .

Firma de padre or guardian _____ Fecha _____

Nombre de padre or Guardian _____
Escriba su nombre

La información personal recopilada de este formulario de registro se utilizará únicamente para el propósito previsto y se almacenará de acuerdo con las leyes federales y estatales. La información no se venderá ni compartirá con terceros.